

Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản

Được Miễn Trừ
California

Hướng Dẫn

- Nếu quý vị là hội viên của chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) hiện tại đã được ghi danh trực tiếp vào tài khoản KPIF, quý vị có thể sử dụng mẫu đơn này để thực hiện các thay đổi đối với chương trình hoặc tài khoản. Chỉ người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em mới có thể điền thông tin vào mẫu đơn này.
- Nếu quý vị là hội viên KPIF hiện tại đã ghi danh thông qua Covered California, mọi thay đổi liên quan đến tài khoản và chương trình đối với bảo hiểm hiện tại của quý vị phải được yêu cầu thông qua CoveredCA.com. Nếu quý vị không chắc chắn về cách thức ghi danh hoặc cần hỗ trợ thêm, vui lòng gọi 1-800-255-5169 (TTY 711).
- Có những loại thay đổi chương trình và thay đổi tài khoản khác nhau mà quý vị có thể thực hiện với mẫu đơn này. Vui lòng điền thông tin cá nhân của quý vị vào Mục A và chọn ngày mà quý vị muốn sự thay đổi về tài khoản hoặc chương trình của mình có hiệu lực (không đảm bảo về ngày có hiệu lực). Sau đó, chọn mục quý vị muốn thay đổi ở Phần B. Trong các chương trình được trợ giá, quý vị chỉ có thể thêm một trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới nhận nuôi.
- Nếu quý vị là người đăng ký chấm dứt bảo hiểm, thì bảo hiểm dành cho người phụ thuộc của quý vị sẽ tự động chấm dứt. Nếu quý vị đang chấm dứt bảo hiểm KPIF vì quý vị mới đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo Nhóm hoặc Medicare, những người phụ thuộc của quý vị sẽ có Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt để ghi danh tham gia bảo hiểm KPIF mới. Truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu thêm.
- Lưu ý: Nếu quý vị được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, quý vị sẽ không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF. Nếu thành viên gia đình được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, thành viên đó không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc mới trong chương trình KPIF của quý vị.

A. Điền thông tin của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi, vui lòng cập nhật thông tin mới của mình vào các ô bên dưới.

Tên										Tên đệm		Ngày sinh (ngày/tháng/năm)			
												/ /			
Họ															
Số hồ sơ y tế (nếu có)						Giới tính:				Số An Sinh Xã Hội (nếu có)					
						☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ				- -					
Địa chỉ nhà riêng (không có hộp thư bưu điện)															
Thành phố															
Tiểu bang		Mã ZIP		Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)											
				- -											
Địa chỉ email															
Địa chỉ gửi thư ☐ Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà riêng không															
Thành phố															
Tiểu bang		Mã ZIP		Ngày hiệu lực trong tương lai được yêu cầu (ngày phải là ngày 1 hàng tháng)											
				/ 0 1 /											

B. Quý vị muốn thực hiện (các) thay đổi nào?

Người đăng ký (bao gồm cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em) có thể thực hiện mọi thay đổi ở bên dưới đối với bất kỳ thành viên nào trong gia đình. Để thực hiện thay đổi khác với thay đổi được liệt kê bên dưới, quý vị có thể gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-464-4000 (TTY 711).

- | | |
|--|---|
| ☐ Chấm dứt mọi bảo hiểm dành cho bản thân và toàn bộ thành viên gia đình. | ☐ Thêm bảo hiểm y tế dành cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới được nhận nuôi. |
| ☐ Chấm dứt mọi bảo hiểm dành cho thành viên gia đình. | ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn. |
| ☐ Thay đổi chương trình. (Vui lòng xem các quy tắc thay đổi chương trình bảo hiểm ở trang 3, sau đó chọn chương trình mà quý vị muốn thay đổi dựa trên những hạn chế đó.) | ☐ Thực hiện các thay đổi được nêu trong Mục A. (Nếu quý vị đang thay đổi tên, vui lòng đính kèm giấy tờ pháp lý xác nhận việc thay đổi.) |

C. Những thành viên nào trong gia đình bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền thông tin cho những người phụ thuộc đó. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên.

Vợ/chồng/Bạn đời sống chung

☐ Thay đổi tên

☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế

☐ Thêm bảo hiểm nha khoa

☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

Người phụ thuộc 1

☐ Thay đổi tên☐ Thêm bảo hiểm y tế☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế☐ Thêm bảo hiểm nha khoa☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam☐ Nữ☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

Người phụ thuộc 2

☐ Thay đổi tên

☐ Thêm bảo hiểm y tế

☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế

☐ Thêm bảo hiểm nha khoa

☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

C. Những thành viên nào trong gia đình bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)
(Tiếp theo)

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền thông tin cho những người phụ thuộc đó. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên.

Người phụ thuộc 3

☐ Thay đổi tên☐ Thêm bảo hiểm y tế☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế☐ Thêm bảo hiểm nha khoa☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam☐ Nữ☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

D. Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho quý vị

Nếu quý vị muốn chuyển bảo hiểm của mình sang chương trình miễn trừ khác, thì quý vị chỉ có thể chuyển sang chương trình có quyền lợi tương đương hoặc thấp hơn. Theo danh sách bên phải, điều này có nghĩa là quý vị chỉ có thể chuyển sang chương trình được liệt kê bên dưới chương trình hiện tại của quý vị. Do vậy, vui lòng chọn ô bên cạnh chương trình mà quý vị muốn chuyển sang. Tất cả thành viên gia đình đang hoạt động trong tài khoản của quý vị sẽ được chuyển sang chương trình này.

Lưu ý: Quý vị sẽ không thể chuyển trở lại chương trình cũ sau 30 ngày kể từ ngày chương trình miễn trừ mới có hiệu lực.

- ☐ Copayment 25 HMO
- ☐ Deductible HMO 20/500
- ☐ Copayment 40 HMO
- ☐ Deductible HMO 25/1000
- ☐ Copayment 50 HMO
- ☐ Deductible HMO 30/1500
- ☐ Deductible HMO 40/2000
- ☐ Deductible HMO 0/1700 with HSA
- ☐ Deductible HMO 0/2700 with HSA
- ☐ Deductible HMO 30/2700 with HSA

E. Ký tên vào mẫu đơn

- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. sẽ dựa vào thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này và nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào là gian dối hoặc cố tình khai sai, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. có thể chọn chấm dứt bảo hiểm của tôi từ ngày bảo hiểm có hiệu lực.
- Tôi xác nhận rằng không người nào được liệt kê trong mẫu đơn này mà đang thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc sẽ được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B.
- Nếu làm việc với bên môi giới, tôi hiểu rằng họ có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente liên quan đến bảo hiểm này. Thù lao tiêu chuẩn của chúng tôi là \$14 mỗi hội viên mỗi tháng cộng với khoản tiền thưởng có thể có. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập [kp.org/brokercompensation](https://www.kp.org/brokercompensation) (bằng tiếng Anh).
- Bằng cách cung cấp địa chỉ email và (các) số điện thoại của mình, tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được email và/hoặc thông tin liên lạc qua tin nhắn thoại/tin nhắn văn bản từ Kaiser Permanente. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions](https://www.healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions).

Lưu ý: Người đăng ký phải ký tên vào mẫu đơn.

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

/

/

Người đăng ký/người đăng ký mới (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đăng ký dưới 18 tuổi)

Thông tin liên lạc

Gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	Hoặc gửi fax miễn phí tới: Ban Quản Lý Tư Cách Hội Viên 1-855-355-5334	Quý vị có thắc mắc? Gọi 1-800-464-4000 (TTY 711)
--	---	---

F. Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Giải Quyết Khiếu Kiện Nhỏ, các yêu cầu bồi thường tuân theo quy trình kháng cáo của Medicare hoặc theo quy định về quy trình xử lý yêu cầu bồi thường của ERISA và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý bằng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật điều chỉnh) mọi tranh chấp giữa một bên là tôi, người thừa kế, người thân hoặc các bên liên quan khác của tôi và bên còn lại là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng nào, chuyên viên quản lý hoặc các bên liên quan khác, do cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất về y tế hoặc của bệnh viện (yêu cầu bồi thường rằng các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, cầu thả hoặc thiếu chuyên môn), do trách nhiệm pháp lý của cơ sở hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ hay vật dụng hoặc việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng, cho dù có đúng luật hay không, đều phải theo thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California chứ không phải qua thủ tục kiện tụng hoặc đưa ra tòa, trừ khi luật áp dụng quy định duyệt xét tư pháp các thủ tục tố tụng phân xử qua trọng tài. Tôi đồng ý từ bỏ quyền xét xử bởi bồi thẩm đoàn và chấp nhận áp dụng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng toàn bộ điều khoản về phân xử qua trọng tài được nêu trong *Tài Liệu Kết Hợp Giữa Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình*.

X

Ngày (ngày/tháng/năm)
 / /

Người nộp đơn chính (cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Trong tài liệu này, “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” có nghĩa là Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., và Southern California Medical Group). Thông báo này hiện có trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Chúng tôi tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang.

Chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ♦ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ♦ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới. Cuộc gọi này được miễn cước. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào các ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng đĩa thu âm hay các định dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với chúng tôi nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn qua điện thoại, thư tín, trực tiếp hay trực tuyến. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về những lựa chọn áp dụng cho quý vị, hay để được trợ giúp đệ trình phàn nàn. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Số điện thoại được cho ở trên
- **Qua thư tín:** Tải xuống một mẫu đơn tại **kp.org** hay gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một mẫu đơn mà quý vị có thể gửi lại.
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California *(Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal)*

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền hay gửi thư đến:
 Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413
 Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:
 U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 Mẫu đơn than phiền hiện có tại
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-788-0710** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhlínjígóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschíjigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'íh leh. Shíká í'doolwoł nínizingo nihich'i' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjigo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ

ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាគតិកថ្មីៗ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱកាសឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានកែតម្រូវលើ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត
ទូរស័ព្ទកែតម្រូវសង្គមធានារ៉ាប់រង វិបកាស៊ីប្តូរនីតិវិធី តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏បើ TTY កែតម្រូវ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية
الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال
برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag
ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm
koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm
ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें
अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357
पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ
โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม
โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai